

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

N°

8

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 6 novembre 1895, à 1 heure

Par GAUTRELET

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ACCOUCHEMENT
DANS LES
MALFORMATIONS UTÉRINES

*43 observations recueillies depuis 1893 à la clinique Baudelocque
portant sur 5568 accouchements*

Président : M. PINARD, professeur.
Juges : MM. { TILLAUX, professeur.
 { TUFFIER. BROCA, agrégés.

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées
sur les différentes parties de l'enseignement médical*

PARIS
HENRI JOUVE
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
45, Rue Racine 45

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

8

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 6 novembre 1895, à 1 heure

Par GAUTRELET

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ACCOUCHEMENT

DANS LES

MALFORMATIONS UTÉRINES

*43 observations recueillies depuis 1893 à la clinique Baudelocque
portant sur 5568 accouchements*



Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. { TILLAUX, professeur.
TUFFIER, BROCA, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses
parties de l'enseignement médical.*



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. BROUARDEL.
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie.		CORNIL.
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.		POUCHET.
Hygiène.		LANDOUZY
Médecine légale.		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.		LABOULBÈNE.
		STRAUS.
		G. SEE.
Clinique médicale.		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladie des enfants.		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.		RAYMOND.
		TILLAUX.
Clinique chirurgicale.		BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique ophthalmologique.		PANAS.
Clinique d'accouchements.		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTNER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1898, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propos à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, LE D^r GAUTRELET

Professeur de clinique d'accouchements à l'école de médecine de Dijon

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553820_0080

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE
L'ACCOUCHEMENT
DANS LES
MALFORMATIONS UTÉRINES

INTRODUCTION

Durant nos études obstétricales à la clinique Baudelocque et à celle de la rue d'Assas, la question des malformations utérines et des graves complications qu'elles entraînent dans l'accouchement ont particulièrement attiré notre attention.

Il y a quelques mois, une leçon clinique de M. le professeur Tarnier sur ce sujet la fixa plus fortement.

Nous cherchâmes donc, dans la mesure de nos moyens, s'il ne serait pas possible d'apporter une plus grande

précision dans l'étude des symptômes des malformations utérines et des accidents qui en sont les conséquences dans la grossesse et l'accouchement, et enfin, d'établir pour l'accoucheur une règle de conduite plus sûre en présence de ces différents accidents.

En 1891, Picot, externe du professeur Pinard, traitait déjà ce sujet. Il était inutile de reprendre les observations qu'il avait contrôlées et nos recherches ont porté sur les accouchements de ces trois dernières années à la clinique Baudelocque, années 1893, 1894, 1895, soit sur plus de 5500 accouchements parmi lesquels nous avons relevé 43 observations se rapportant à notre sujet.

Une dernière observation, très intéressante, nous a été fournie par notre père, professeur de clinique obstétricale à l'école de Dijon, et notre premier maître d'accouchements.

Ces différentes observations ont été la base de notre modeste travail que nous avons divisé de la façon suivante :

1° Quelques mots sur l'embryogénie des malformations ;

2° Symptômes et diagnostic pendant la grossesse. Pronostic. Précautions à prendre ;

3° Accouchement et ses complications ;

4° Observations ;

5° Conclusions. Quelle doit être la conduite de l'accoucheur dans chacun des cas ?

Mais, avant d'aborder notre sujet, nous avons à cœur d'adresser tous nos remerciements à notre maître M. le professeur Pinard, et pour son enseignement à la fois si méthodique et si pratique, et pour l'intérêt qu'il nous a

toujours témoigné. Nous lui sommes profondément reconnaissant de l'honneur qu'il veut bien nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

Qu'il nous soit aussi permis d'exprimer toute notre gratitude à Madame la sage-femme en chef de la clinique Baudelocque, ainsi qu'à ses aides, pour leur bienveillance et leur empressement à mettre à notre disposition tous les éléments nécessaires à nos recherches. Partout et toujours nous n'avons trouvé que bons conseils à la clinique Baudelocque.

Remercions, en terminant, et de tout notre cœur, ceux de nos confrères et amis dont la collaboration nous a été si utile dans un travail accompli au milieu de difficiles circonstances, notre cher cousin le D^r Pauthier de Senlis, nos excellents amis les D^{rs} Eugène Delarue, Jules Letellier et Pierre Briandet.

EMBRYOGÉNIE

DÉVELOPPEMENT DE L'UTÉRUS.

Pour comprendre la genèse des malformations de l'utérus, il faut jeter un coup d'œil sur l'embryologie de cet organe.

L'utérus se forme au commencement de la vie embryonnaire. Vers le trente ou trente-cinquième jour, aux dépens du corps de Wolf se développent les canaux de Müller qui une fois formés vont constituer les canaux sexuels.

Tandis que chez le mâle le canal de Müller resté sans usage s'atrophie, excepté à sa partie inférieure qui constitue l'utricule prostatique ou utérus mâle, chez la femelle au contraire c'est le canal de Wolf qui s'atrophie tandis que celui de Müller persiste.

Son ouverture péritonéale forme le pavillon de la trompe, *sa partie moyenne* forme la trompe, *sa partie inférieure* l'utérus et le vagin. Thiersch et Kölliker l'ont démontré pour plusieurs mammifères. Plus tard

Dohrn (*Ueber die Gartnerschen Canäle beim Weibe Arch. Gynecologie*. Tome XXI-1883), Tourneux et Legay (*Mémoire sur le développement de l'utérus et du vagin*) l'ont démontré pour l'homme.

Les deux canaux de Müller cheminent au-dessous du corps de Wolf. Unis par une masse conjonctive épaisse avec les canaux de Wolf, ils forment le *cordon génital* dont les canaux de Müller occupent le milieu, les canaux de Wolf cheminant de chaque côté.

Au deuxième mois de l'embryon humain, lorsque les canaux de Müller, sont intimement unis, la cloison qui les sépare s'amincit, puis se perfore d'abord vers le milieu de la longueur du cordon génital. Ce processus continuant il se forme un simple tube : *le sinus génital*.

Dans le sixième mois, le sinus génital commence à se différencier. La partie supérieure du sinus en continuité avec la trompe utérine acquiert des parois épaisses et musculeuses, sa cavité reste étroite, *c'est l'utérus* dont l'extrémité inférieure forme une saillie annulaire qui devient le museau de tanche.

Les deux conduits de Müller se soudent donc l'un à l'autre dans la partie moyenne de leur segment terminal et sont confondus dans leur partie inférieure pour former l'utérus et le vagin.

Avec ces quelques données embryologiques il est facile de comprendre que la partie inférieure d'un des canaux de Müller, se soudant avec la partie correspondante du canal opposé pour former l'utérus, si cette soudure est incomplète et qu'il persiste une cloison, on aura un utérus double et même si les deux canaux restent indépendants

la femme possèdera deux appareils génitaux distincts. Selon que l'anomalie se sera produite plus ou moins haut et d'une manière plus ou moins complète, on aura tous les degrés de malformations vaginales et utérines, avec les dénominations que comporte chaque cas.

DIAGNOSTIC

Je laisse de côté les cas où, le toucher indiquant une duplicité du vagin, la présence de deux cols, ou toute autre anomalie des organes génitaux externes, mènerait d'emblée au diagnostic, aux complications et au pronostic des malformations utérines et vaginales, pour ne parler que des cas où l'utérus seul a subi quelque anomalie de développement.

Les malformations utérines ne s'accompagnant généralement pas d'autres malformations extérieures pouvant les faire reconnaître à première vue, le diagnostic devra donc d'abord être cherché par les moyens naturels en obstétrique.

L'interrogatoire des ascendants ou des collatéraux pourra-t-il servir? Rarement, croyons-nous. Squarrey (*Obst. Tr.* Vol 14, page 212), cité par Schröder (*Maladies des organes génitaux de la femme*, page 37) rapporte, il est vrai, le cas de trois sœurs dont aucune n'avait d'utérus. Philipps un cas analogue de deux sœurs. Mais en outre de la différence à établir entre l'absence d'un organe et sa malformation, les cas sont trop peu nombreux et les recherches chez les ascendants trop peu sûres pour que

l'on puisse fonder une grande certitude sur cette enquête.

Il restera au praticien l'interrogatoire direct de la parturiente et le palper.

Je ne parle pas du toucher à ce point de vue, vagin et cols étant supposés normaux.

Palper. — Deux cas peuvent se présenter :

1° Le palper est positif ;

2° Le palper est douteux.

1° Palper positif.

Appelé près d'une femme enceinte ou en travail, souvent à l'inspection seule de la forme du ventre l'accoucheur soupçonne le diagnostic et souvent la première application de la pulpe des doigts sur la paroi abdominale permet de le confirmer.

2° Palper négatif.

Mais les choses ne se passent pas toujours aussi simplement et quelle que soit l'habileté de l'accoucheur, il hésite : y a-t-il ou non malformation ?

Le palper bimanuel ne le renseigne pas davantage. Le palper *est douteux*, négatif presque ; on s'égare, comme dans l'observation de Dijon, où l'on avait cru à une grossesse gémellaire, ou comme dans d'autres cas où l'on a cru à des fibromes, ou à des tumeurs quelconques de la

cavité abdominale ou utérine. Sur quoi pourra-t-on s'appuyer pour dire à la famille que tout ira bien, ou qu'au contraire une suite de complications est à redouter? Sur l'interrogatoire et les antécédents personnels.

Mais si la femme est primipare, l'interrogatoire sera bien loin d'offrir les mêmes ressources que chez la multipare, où comme nous le verrons plus loin dans la série des accouchements antérieurs, nous trouvons presque toujours quelque complication pouvant aider au diagnostic.

Diagnostic chez la primipare à terme.

Nous avons supposé notre palper douteux, négatif presque, et le vagin et le col normaux ; nous avons trouvé peut-être le vagin plus étroit que d'ordinaire et le museau de tanche plus gros et plus court ; ce sont là aussi des signes invoqués en faveur des malformations, mais ils ne sauraient suffire à donner une certitude. Il nous faudra donc, depuis la vraie vie génitale de la femme, c'est-à-dire depuis l'apparition des premières règles, jusqu'au moment actuel, rechercher si rien ne peut nous venir en aide :

1° Menstruation.

Parmi nos 44 observations, nous trouvons 28 primipares, soit les $\frac{2}{3}$, ce qui nous indique déjà et nous y reviendrons plus loin, que la multiparité n'est pas une cause

aggravante des malformations. Nous résumons dans le tableau suivant l'époque de l'apparition des règles dans ces 28 cas.

Caractère des règles et époque de leur apparition chez 28 primipares à malformation utérine.

20 ont été réglées régulièrement à	8 ont été réglées irrégulièrement à
11 ans.	11 ans.
11	13
11 1/2	13 1/2
12	14
13	14
13	15
13	15
13	18
14	
14	
14 1/2	
15	
15 1/2	
16	
16 1/2	
17	
18	
19 ans, abondamment.	
20	
20	

Et nous en concluons que si la malformation n'est pas un empêchement pour la femme d'être réglée régulièrement et à l'âge normal en France, souvent aussi les règles,

tout en étant régulières, se montrent tardives seulement, comme dans les quatre derniers cas à 18, 19 et 20 ans, et que 8 fois elles se sont montrées irrégulières, et en même temps tardives comme dans le dernier cas, 18 ans.

Est-ce à dire que de l'apparition tardive, de l'irrégularité, de l'abondance des règles, il faudra conclure à une malformation ? Certes non, mais ce point joint aux autres pourra quelquefois aider au diagnostic.

2° Œdème et vomissements sans albumine.

Sept fois aussi sur 44 cas observés, les femmes ont présenté, soit pendant le cours de la grossesse, soit au moment de leur examen à l'époque du travail, de l'œdème et des vomissements. On faisait alors soigneusement l'analyse de l'urine et l'on ne trouvait pas d'albumine.

Cette proportion des 7 cas que nous citons ci-dessous est peut-être bien minime sur 44 cas de malformation, mais si minime que soit cette chance de diagnostic nous n'avons pas cru devoir la négliger; et nous insistons sur ce fait que jamais dans ces cas on n'a trouvé d'albumine.

Œdème et vomissements sans albumine.

7 cas.

OBS. 12. — Vomissements pendant les cinq premiers mois et léger œdème des jambes sans albumine.

OBS. 19. — Vomissements à la fin du troisième mois *sans albumine*.

OBS. 21. — Pendant les premiers mois la femme a eu quelques nausées *sans albumine*.

OBS. 22. — OEdème des membres inférieurs *sans albumine*.

OBS. 28. — La femme a eu pendant sa grossesse de la dyspepsie *sans albumine*.

OBS. 34. — Au septième mois de la grossesse la parturiente a eu de l'œdème généralisé et des vomissements, *sans albumine*. A son entrée à la salle de travail œdème de la vulve, de la paroi abdominale des membres inférieurs *sans albumine*.

OBS. 37. — Un peu d'œdème aux membres inférieurs pendant la grossesse *sans albumine*.

3° Hémorrhagies.

Deux observations seulement (Obs. 20, Obs. 32), nous fournissent des cas de très légères hémorrhagies pendant la grossesse. Dans l'observation 20 quelques gouttes de sang la veille de l'accouchement, dans l'observation 32, un faible écoulement pendant un jour, au troisième mois.

Il serait téméraire d'en tirer une conclusion pour le diagnostic.

4° Présentations vicieuses.

Dans les observations des primipares et des multipares dont nous avons relevé le premier accouchement, nous

trouvons neuf présentations du siège et une présentation de l'épaule. Quand l'accoucheur sera consulté pendant le cours de la grossesse et qu'il aura diagnostiqué une présentation du siège ou de l'épaule il devra en temps voulu faire et maintenir au moyen d'une ceinture la version par manœuvres externes.

Mais il est à craindre, comme le montre une de nos observations, que la présentation vicieuse ne se reproduise au moment du travail.

5° Avortement et accouchement prématuré.

Nous relevons trois avortements :

1° Obs. 23. — Avortement à 3 mois $1/2$ précédé de trois à quatre pertes assez abondantes;

2° Obs. 25. — Avortement gémellaire à 7 mois ;

3° Obs. 43. — Avortement à 5 mois.

Et trois accouchements prématurés :

4° Obs. 20. — Accouchement prématuré à 7 mois;

5° Obs. 21. — Accouchement prématuré à 7 mois ;

6° Obs. 30. — Accouchement prématuré à 8 mois.

6° *Rupture prématurée des membranes.*

Cinq cas.

1° OBS. 9. — Rupture spontanée précoce, 10 jours avant l'accouchement;

2° OBS. 26. — Rupture spontanée précoce, 6 heures avant l'expulsion;

3° OBS. 30. — Rupture spontanée précoce, 24 heures avant l'expulsion;

4° OBS. 41. — Rupture spontanée précoce, 24 heures avant l'expulsion;

5° OBS. 42. — Rupture spontanée prématurée au début du travail, 14 h. 1/2 avant l'expulsion.

Chez la primipare donc, à défaut de tout autre signe pouvant faire porter le diagnostic de malformation utérine, l'accoucheur pourra, croyons-nous, trouver quelques ressources dans l'interrogatoire en s'appuyant :

1° Sur la menstruation ;

2° Sur l'œdème et les vomissements *sans albumine* ;

3° Sur les présentations vicieuses ;

4° Sur l'apparition du travail avant terme ;

5° Sur la rupture prématurée des membranes.

Il va sans dire que nous excluons tout autre ordre de faits pathologiques, pouvant occasionner les mêmes accidents.

Il nous reste à parler du diagnostic à faire chez la multipare quand le palper est négatif ou douteux. Autant

pour la primipare, les signes sont peu nombreux et peu probants pris isolément, autant chez la multipare, la connaissance des accouchements antérieurs, la multiplicité et la répétition des complications pourront nous éclairer, surtout si nous tenons compte de la marche du travail et des conditions de la délivrance, pour chaque accouchement, alors que nous savons déjà tout ce qui a pu se passer d'anormal depuis l'apparition des règles jusqu'à la fin de la première grossesse.

ACCOUCHEMENT ET SES COMPLICATIONS

Nous ne reviendrons pas sur ce qui peut se présenter pendant le cours de la grossesse ; nous avons cherché à l'exposer dans notre chapitre du diagnostic et nous énumérons dès maintenant les accidents et complications de l'accouchement. Ce sont :

- 1° Les présentations vicieuses et récidives ;
- 2° La lenteur du travail ;
- 3° L'insertion vicieuse ;
- 4° Les hémorrhagies ;
- 5° La rupture artificielle des membranes ;
- 6° La rupture de l'utérus ;
- 7° La délivrance artificielle ;
- 8° La mort de l'enfant.

Présentations vicieuses.

Sur 43 accouchements nous allons trouver 13 fois des présentations vicieuses, présentations qui, comme à l'observation 40, pourront apparaître pour la première fois au dixième accouchement, mais qui le plus souvent se

montreront dès le premier accouchement ; s'il nous était permis de tirer une conclusion, nous dirions qu'il nous a paru que, sans pouvoir donner de règle fixe, les présentations vicieuses se rencontrent aussi bien chez la primipare que chez la multipare. Il semblerait que certains utérus sont voués à la présentation vicieuse comme dans nos observations 36, 38, 39, 41, où elles se montrent inévitablement à chaque grossesse, et que la multiparité fait apparaître au deuxième, troisième accouchement des présentations vicieuses chez les femmes à malformations utérines qui jusque-là avaient eu des accouchements normaux. Voici le tableau résumé de ces présentations vicieuses.

Présentations vicieuses.

Obs. 15	II	pare	1 ^{er}	accouchement	Siège.	
— 16	II	»	2 ^{me}	»	Siège.	
— 21	I	»	1 ^{er}	»	Siège.	
— 23	III	»	3 ^{me}	»	Epaule.	
— 26	I	»	1 ^{er}	»	Siège.	
— 29	I	»	1 ^{er}	»	Siège.	
— 31	I	»	1 ^{er}	»	Siège.	
— 35	III	»	3 ^{me}	»	Epaule.	
— 36	II	»	{	1 ^{er}	»	Siège.
— 37	I	»		2 ^{me}	»	Siège.
				1 ^{er}	»	Siège.
— 38	II	»	{	1 ^{er}	»	Siège.
				2 ^{me}	»	Epaule.

— 39	II	»	{ 1 ^{er}	»	Epaule.
			{ 2 ^{me}	»	Epaule.
— 40	X	»	{ 9 1 ^{ers}	sommets.	
			{ 10 ^{re}	»	Epaule.
— 41	III	»	{ 1 ^{er}	»	Siège.
			{ 2 ^{me}	»	Epaule.
			{ 3 ^{me}	»	Epaule.

Nous avons souligné les mots siège et épaule qui se rapportent aux accouchements de nos observations.

Durée du travail.

Nous avons cru devoir citer la durée du travail pour tous nos accouchements, et nous avons fait 2 colonnes, une pour les multipares et une pour les primipares.

1 pares. — 27 OBS.

OBS. 20.	—	Travail en.....	2 h.
— 21.	»		2 h.
— 27.	»		4 h.
— 37.	»		4 h. 5
— 30.	»		3 h. 15
— 18.	»		5 h. 25
— 29.	»		9 h.
— 11.	»		9 h. 10
— 12.	»		11 h. 40
— 8.	»		12 h. 45

— 4.	»	43 h.
— 5.	»	13 h.
— 1.	»	14 h. 20
— 42.	»	14 h. 1/2
— 28.	»	14 h. 45
— 3.	»	15 h.
— 10.	»	17 h. 34
— 22.	»	20 h. 15
— 9.	»	21 h.
— 19.	»	25 h. 25
— 33.	»	29 h.
— 34.	»	30 h.
— 28.	»	32 h. 25
— 31.	»	33 h.
— 33.	»	34 h.

Multipares. — 16 OBS.

OBS. 35. — III pares, travail en.... 2 h. 1/2

— 16.	II	»	3 h.
— 15.	II	»	3 h. 1/2
— 38.	II	»	3 h. 1/2
— 13.	II	»	6 h. 1/2
— 14.	III	»	7 h.
— 40.	X	»	7 h.
— 44.	III	»	7 h. 1/2
— 17.	II	»	8 h.
— 6.	II	»	8 h.
— 2.	III	»	8 h. 1/2
— 43.	III	»	9 h.
— 39.	II	»	9 h. 30

— 23.	III	»	10 h. 20
— 7.	III	»	10 h. 40
— 36.	II	»	16 h.

Le travail est donc plus long surtout pour les primipares, où nous voyons les derniers chiffres indiquer une durée de beaucoup supérieure à la normale. Mais on peut dire, il nous semble, qu'aujourd'hui le travail ne sera plus si long qu'autrefois, quand l'accoucheur aura fait son diagnostic et qu'il aura pu suivre la parturiente depuis le début du travail; il fera la rupture *artificielle* des membranes. En effet, si l'on se reporte au tableau ci-après où nous donnons résumés les cas de rupture artificielle, nous voyons que cette manœuvre a été nécessaire 20 fois sur 43 accouchements, soit près de la moitié des cas et que, sitôt les membranes rompues, le travail s'accélérait.

Insertions vicieuses. — 18 fois les membranes ont été expulsées, déchirées, dissociées plus ou moins complètes et n'ont pu être mesurées.

Et 25 fois la mensuration a pu en être faite; *presque toujours, l'insertion était au segment inférieur*, de là ces hémorrhagies, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail et surtout à la période de la délivrance. Nous verrons au chapitre hémorrhagie quelle a été la proportion de ces dernières. Par l'épaississement de tout ou partie des membranes, par leur adhérence partielle, par la rétention de cotylédons, par la présence d'anciens foyers hémorrhagiques s'explique, croyons-nous, la longueur fréquente de l'expulsion placentaire.

Nous ne donnerons pas les 18 observations où la mensuration n'a pu être faite, mais seulement les 25 où on n'a pu l'obtenir.

Mensuration des membranes.

Obs. 1.	—	Membranes complètes.	38/4
— 2.	»	»	33/10
— 3.	»	»	36/11
— 5.	»	»	30/10
— 7.	»	»	42/4
— 9.	»	»	32/8
— 10.	rétention	chorion et amnios	34/7
— 11.		complètes.	42/6
— 12.	»	»	31/8
— 13.	»	»	37/5
— 15.	»	dissociées	32/7
— 18.	»	complètes	27/8
— 20.	»	»	35/16
— 21.	»	»	34/7
— 23.	»	incomplètes	16/0
— 24.	»	dissociées	37/10
— 25.	»	complètes	26/10
— 30.	»	»	36/5
— 31.	»	»	21/9
— 33.	»	»	31/5
— 34.	»	»	26/6
— 35.	»	»	30/4

— 36.	»	»	36/9
— 38.	»	»	26/3
— 40.	»	»	37/5

Hémorrhagies.

Louis Wurtz (Thèse de Paris, 1878), dit que l'hémorrhagie résulterait de l'inertie de l'une des cornes et de l'enchâtonnement du placenta ; il paraît plus vrai, d'après nos observations et les connaissances actuelles, que la cause en serait dans l'adhérence de quelque cotylédon ou des membranes, et dans l'insertion du placenta au segment inférieur. M. Polaillon, cité dans cette thèse, l'explique, au contraire, par une insertion vicieuse par modification de la forme de la cavité utérine à la suite de grossesses répétées.

Nos observations montrent, en effet, que dans les malformations, il y a bien insertion vicieuse du placenta et présentation vicieuse de l'enfant, mais à propos des présentations, nous avons dit ce qu'on pouvait penser de la régularité de leur apparition. Picot dans sa thèse, page 91, rapporte le cas de Chaussier dans lequel une femme qui avait une malformation utérine n'eut de complication qu'à sa onzième grossesse.

De ces hémorrhagies mortelles autrefois, dont fait mention l'observation de Polaillon, citée par Wurtz, ces hémorrhagies, mises en relief dans une observation de Bagard résumée dans la même thèse, on sait aujourd'hui l'étiologie : elle est dans l'insertion au segment inférieur,

on en sait aussi le traitement, c'est la rupture artificielle et prématurée des membranes, avec au besoin la dilatation forcée à l'aide du ballon inextensible, et, après l'expulsion, la délivrance artificielle, les injections intra-utérines chaudes et même le tamponnement à la gaze iodoformée. Ces hémorrhagies sont donc une résultante de l'insertion vicieuse qui n'est qu'une complication de la malformation utérine, et de l'adhérence anormale de membranes ou de cotylédons.

Nous avons 12 cas d'hémorrhagie, soit dans près d'1/4 des accouchements.

Obs. 14. III pare. — A sa 2^e grossesse, hémorrhagies prolongées.

A la *période de délivrance*.

A la 3^e à la *période de délivrance*, 750 gr.
de caillots.

Obs. 20. I pare. — La veille de son accouchement perd quelques gouttes de sang.

Obs. 22. I pare. — A la *période de délivrance*, hémorrhagie assez considérable.

Obs. 23. — III pare.	{	1 ^{er} accouch. à 3 mois, 3 à 4 pertes assez abondantes, à 3 mois 1/2 fausse couche.
		2 ^e » à 8 mois, hémorrhagie abondante, accouche prématurément.
		3 ^e » à terme, avant l'expulsion du fœtus caillot et sang en quantité assez abondante.

Obs. 24. I pare. — A la *période de délivrance*, perte de 200 gr.
de sang.

- OBS. 28. I pare. — *A la période de délivrance* perte de 1200 grammes de sang. Après la délivrance continue à perdre (rétention de 2 cotylédons).
- OBS. 30. I pare. — *A la période de délivrance* hémorrhagies répétées.
- OBS. 32. I pare. — *Avant la délivrance artificielle*, 1 h. 45 après l'expulsion hémorrhagies répétées et 420 grammes de caillots.
- OBS. 34. I pare. — Diaphragme du vagin, hémorrhagies répétées avant l'expulsion du fœtus.
- OBS. 35. III pare. — 2^e accouchement, avorte à 6 mois avec hémorrhagies répétées.
- OBS. 36. II pare. — Hémorrhagie par thrombus du vagin après l'expulsion.
- OBS. 43. III pare. — 3^e accouchement, hémorrhagie de 330 grammes, *à la délivrance artificielle*.

Notons que 8 fois les hémorrhagies ont eu lieu à la période de la délivrance, nous verrons plus loin quelle règle de conduite que l'accoucheur doit suivre en pareil cas.

Rupture des membranes.

Nous demanderons ici la permission de citer toutes les observations où la rupture des membranes a présenté quelque chose d'anormal, car si 20 fois (environ la moitié des cas) on a été obligé d'avoir recours à la rupture arti-

ficielle, soit pour arrêter une hémorrhagie, soit pour accélérer le travail qui restait stationnaire, 9 autres fois la rupture a été spontanément précoce et prématurée. Ce sont là des faits qui auront une importance capitale dans la pratique et que l'accoucheur devra se rappeler, car ils se présenteront presque inévitablement toutes les fois qu'on se trouvera en présence de malformations utérines.

OBS. 3. I pare. — Rupture *artificielle* à la dilatation complète.

- 4. I » » *artificielle* » »
- 9. I » » spontanée précoce, 10 jours avant l'accouchement.
- 10. I » » *artificielle* à la dilatation complète.
- 11. I » » *artificielle* » »
- 13. II » » *artificielle* » »
- 16. II » » spontanée précoce 1 h. 1/2 avant l'expulsion.
- 17. II » » *artificielle* à la dilatation complète.
- 19. I » » *artificielle* prématurée à la dilatation complète de 2 fr.
- 20. I » » *artificielle* tardive.
- 21. I » » prématurée spontanée.
- 24. I » » *artificielle* à la dilatation complète.
- 25. I » » *artificielle* à la dilatation complète pour les 2 œufs (grossesse gémellaire).
- 26. I » » précoce spontanée 6 h. avant l'expulsion.

- 27. I » » spontanée à la dilatation d'une
paume de main.
- 28. I » » artificielle à la dilatation complète.
- 29. I » » artificielle » » »
- 30. I » » prématurée 24 h. avant l'expulsion.
- 31. I » » artificielle à la dilatation complète.
- 32. I » » artificielle avant la dilatation com-
plète, pendant 8 h. la dila-
tation reste de 1 fr.
- 33. I » » artificielle à la dilatation de 2 fr.,
15 h. après le début du
travail.
- 34. I » » artificielle à la dilatation de 1 fr.
16 h. après le début du
travail 15 h. avant l'ex-
pulsion.
- 35. III » » artificielle à la dilatation complète.
- 36. II » » artificielle » » »
- 38. II » » artificielle » » »
- 39. II » » artificielle » » »
- 40. X » » artificielle avant la dilatation com-
plète.
- 41. III » » artificielle avant la dilatation com-
plète.
- 42. I » » prématurée spontanée au début du
travail 14 h. 1/2
l'expulsion.

Délivrance artificielle.

Quatre fois, et toujours pour remédier à une hémorrhagie, l'accoucheur dut procéder à la délivrance artificielle.

OBS. 29. — *Délivrance artificielle* 1/4 d'heure après l'expulsion (le placenta est dans le vagin et retenu par des membranes).

OBS. 30. — *Délivrance artificielle* 2 heures après l'accouchement.

OBS. 32. — *Délivrance artificielle* 1 h. 45.

OBS. 43. — *Délivrance artificielle* 1 h. 1/4.

Les autres fois, la délivrance eut lieu à des moments variables, soit aussitôt, soit quelques minutes, soit enfin jusqu'à 2 h. 1/2 après le fœtus.

7° Rupture de l'utérus.

Il est une complication, très rare heureusement (puisque sur 5568 accouchements à Baudelocque je n'en ai pas trouvé un seul cas) qui peut encore se présenter. Je veux parler *de la rupture possible de l'utérus* au niveau de l'un des culs-de-sac.

Mon père, professeur de clinique d'accouchements à l'école de Médecine de Dijon, a bien voulu m'en communiquer une observation qu'il recueillit dans son service de la Maternité, je la cite telle qu'elle m'a été donnée :

OBSERVATION 44

Utérus. Bicorne. Rupture de l'utérus au niveau du cul-de-sac antérieur.

Application de forceps. Délivrance artificielle. Guérison.

I pare, 32 ans, entre à la Maternité le 21 mai 1894.

Cette femme à terme a eu une grossesse normale, mais, ayant perdu des *eaux vertes* le 10 mai elle avait fait appeler une sage-femme qui n'avait constaté aucun commencement de travail. Toutefois, elle accuse de vives douleurs au bas-ventre et *la miction devient impossible*. M. X..., docteur en médecine, va plusieurs fois la sonder et, le 21, constate une dilatation de deux fs (41 jours après la rupture prématurée) avec un col épais et dur. Le ventre est très développé et il croit à une grossesse double; il constate que la tête se présente.

Sur ses conseils, la malade arrive à la Maternité à 5 heures du matin le 23 mai. En l'examinant, la sage-femme en chef constate au fond du vagin deux ouvertures séparées par une bride et que la tête se présente. Elle fait alors appeler le professeur Gautrelet qui arrive à 10 heures accompagné du Dr Quioc, professeur suppléant à l'École de Médecine.

Tous deux examinent la parturiente.

Le ventre est bilobé comme dans certaines grossesses gémellaires; les deux lobes sont durs, le droit spécialement qui est moins élevé que le gauche. Par le palper, il est impossible de sentir les reliefs fœtaux, et on croirait que le lobe droit est un corps fibreux accolé à l'utérus.

Par le toucher vaginal on trouve en haut et en arrière le col utérin, dur, épais et dilaté comme deux francs, mais, en avant,

dans le cul-de-sac antérieur, une autre ouverture plus large à bords déchiquetés, séparée de l'ouverture du col par la lèvre antérieure qui forme comme un pont. La tête est accessible par l'une ou l'autre ouverture. *Il existe donc une rupture utérine au niveau du cul-de-sac antérieur.*

Une application de forceps à travers cette ouverture est décidée. Pendant que M. le Dr Quioc donne le chloroforme, M. le Dr Gautrelet extrait l'enfant non sans difficultés. Il pèse 3900 gr.

L'inertie utérine continuant, *la délivrance artificielle* est pratiquée. En passant la main à travers l'ouverture artificielle, M. Gautrelet sentit parfaitement un éperon qui séparait le fond de l'utérus en deux loges ; dans *celle de droite* la plus petite *se trouvait le placenta* qui fût extrait sans difficulté. *A ce moment seulement le diagnostic d'utérus bilobé fut fait positivement.* Après la délivrance le ventre reste ballonné mais peu sensible. Un pansement à la gaze iodoformée est laissé dans le vagin après un lavage antiseptique.

Le 23. — Soif ardente. Pouls 100. Temp. 39°,6.

Incontinence d'urine.

Le 24. — Même état. Délire le matin.

Les 25 et 26. — Etat stationnaire.

Le 27. — Le délire a cessé, le ventre est plus souple.

Pas de sensibilité, les seins sont pourtant un peu douloureux. A partir de ce moment le mieux s'accroît et tout danger immédiat est écarté.

Le 4 juin 1894. — La malade étant toujours très faible, et la plaie vaginale n'étant pas encore cicatrisée, est transférée à l'hôpital d'où elle sort complètement guérie le 23 juillet.

Le 2 octobre 1895. — Le Dr Gautrelet revoit cette femme. Sa santé est bonne et les règles régulières.

Cloisons vaginales.

Avant de terminer il nous reste quelques mots à dire d'une complication qui peut accompagner encore les malformations utérines ou se montrer seule. Nous voulons parler des brides et diaphragmes qui ont pu subsister dans la cavité vaginale.

Avant de dire la conduite à tenir en pareil cas, qu'il nous soit permis d'en citer deux observations dues à l'obligeance du Dr Pauthier de Senlis. Dans ces deux accouchements, la bride ne fut pas sectionnée ; la parturiente, habitante de la campagne, avait, comme cela arrive le plus souvent, appelé le médecin au dernier moment, quand la sage-femme s'était déclarée impuissante. L'expulsion eut lieu au prix de quelques difficultés ; mais heureusement.

Observations dues à l'obligeance du Dr H. Pauthier de Senlis.

Bride vaginale.

Secundipare, 29 ans. Règles irrégulières.

Premier accouchement. Siège complet à terme, 6 juillet 1880.

1° Par le toucher on constate la présence d'une bride vaginale très lâche qui sépare en deux le vagin. Cette bride paraît commencer à trois ou quatre centimètres de la vulve et s'étendre jusqu'à environ deux centimètres du col. Etant donné sa laxité le Dr Pauthier ne jugea pas nécessaire d'en faire la section. La première partie du travail s'effectua lentement en son absence et quand il revint le siège occupait le vagin, mais l'expulsion ne pouvait se faire, le pli interfessier étant à cheval sur la bride vaginale antéro-postérieure. Craignant de blesser la femme on tenta de repousser la bride par dessus la fesse gauche du fœtus et on y arriva non sans efforts. Le siège alors put se dégager, les épaules passèrent sans difficulté, ainsi que la tête. L'enfant était en état de mort apparente. Après quelques insufflations avec le tube de Chaussier et quelques frictions l'enfant se mit à crier et la respiration normale s'établit.

Deuxième accouchement. — 21 octobre 1882.

Présentation du sommet à terme.

Travail régulier.

A la dilatation complète la tête s'engage dans le vagin et vient

lutter contre la bride qui lui offre un obstacle infranchissable. A son arrivée à ce moment le D^r Pauthier constate que la bride antéro-postérieure n'est plus tendue verticalement mais transversalement coiffant comme d'un diaphragme le sommet fœtal. Pour les mêmes raisons que dans le premier cas, la bride est rejetée assez facilement sur le côté et la tête qui n'est plus maintenue se dégage brusquement. Les épaules et le tronc se dégagent plus lentement et sans difficultés, et l'on constate alors que la tête a produit une légère déchirure de la fourchette. L'enfant crie et respire normalement.

Troisième accouchement. — Fait en 1886 par le D^r Sareste donna lieu aux mêmes incidents que dans l'Observation II.

Concluera-t-on de ces observations qu'en pareil cas il ne faudra pas intervenir ? Evidemment non. Chaque fois que la bride vaginale aura été reconnue, il faudra en pratiquer la section entre deux pinces préalablement fixées. Dans les observations de la clinique Baudelocque cette ligne de conduite fut suivie et l'expulsion put s'achever facilement ; au prix, tout au plus, de quelques érosions vaginales.

Nous croyons en avoir terminé avec l'accouchement proprement dit et les complications maternelles.

Nous avons cherché à montrer quelles difficultés de toutes sortes l'accoucheur aurait à surmonter et leur fréquence relative ; nous aurions voulu mettre plus de clarté dans leur exposé et éviter bien des redites, la lecture du corps même de nos observations suppléera, nous l'espérons, à toutes les imperfections de notre travail.

Il nous reste, avant d'exposer nos conclusions, à parler de l'enfant.

Mort de l'enfant.

Neuf enfants sont venus au monde, soit morts, soit en état de mort apparente, et n'ont pu être ranimés, ce qui donne une mortalité de plus d'1/5, mortalité énorme qu'on n'a heureusement pas eu à relever pour la mère, mais qui assombrit encore le pronostic des malformations utérines.

OBS. 18. I pare. — Enfant vivant *meurt* le lendemain.

— 20. I » Enfant *mort* quelques minutes après sa naissance.

— 21. I » Enfant *mort* après 30 minutes.

— 23. III » $\left\{ \begin{array}{l} 1^{\text{er}} \text{ accouch., fausse couche à 3 mois } 1/2. \\ 2^{\text{e}} \text{ » à 8 mois enfant mort au bout} \\ \text{de 2 jours.} \\ 3^{\text{e}} \text{ » enfant mort né.} \end{array} \right.$

— 25. » $\left\{ \begin{array}{l} \text{gémellité} \\ \text{accouchement} \end{array} \right. \left\{ \begin{array}{l} 1^{\text{er}} \text{ mort pendant le travail.} \\ 2^{\text{e}} \text{ mort 3 jours après.} \end{array} \right.$

— 35. III » $\left\{ \begin{array}{l} 2^{\text{e}} \text{ accouch. enfant mort né.} \\ 3^{\text{e}} \text{ » état de mort appa-} \\ \text{rente non ranimé.} \end{array} \right.$

— 38. II » 2^e enfant gélatineux, mis en couveuses, mort quelques heures après sa naissance.

— 41. III » 1^{er} enfant *mort*.

2^e enfant *mort*.

3^e enfant né en état de *mort apparente*, meurt le même jour.

OBSERVATION 1

Utérus forme irrégulière.

I pare, 21 ans.

Présentation : sommet.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 15 ans *irrégulièrement*.

Durée du travail : 14 heures 20.

Rupture des membranes : spontanée tempestive.

Placenta : Extraction simple 35 m. après l'expulsion.

Membranes : complètes 38/4.

Enfant : vivant.

OBSERVATION 2

Utérus bicorne.

III pare, 26 ans.

1^{er} Accouchement : à terme, spontané normal.

2^e Accouchement : à terme, spontané normal.

3^e Accouchement : à terme, spontané normal.

Présentation : sommet.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 19 ans, *régulièrement*.

Durée du travail : 8 h. 1/2.

Rupture des membranes : spontanée tempestive.

Placenta : expulsion spontanée 5 minutes après l'expulsion.

Membranes : complètes 33/10.

Enfant : vivant.

OBSERVATION 3

Utérus cordiforme.

I pare, 28 ans.

Présentation : sommet.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 11 ans 1/2 régulièrement.

Durée du travail : 15 heures.

Rupture des membranes : *artificielle à la dilatation complète.*

Placenta : extraction simple 1 h. 1/2 après l'expulsion.

Membranes : complètes 36/11.

Enfant : vivant.

OBSERVATION 4

Utérus bicorne.

(La corne droite plus développée que la gauche).

I pare, 17 ans.

Présentation : Sommet.

Examen général : *déviations des vertèbres lombaires.*

Réglée à : 13 ans *irrégulièrement.*

Durée du travail : 13 heures.

Rupture des membranes : *Artificielle à la dilatation complète.*

Placenta : Extraction simple 35 minutes après l'expulsion.

Membranes : *Incomplètes non mesurables.*

Enfant : vivant.

OBSERVATION 5

Utérus cordiforme
(Corne droite un peu plus élevée).

I pare, 21 ans.

Présentation : Sommet.

Examen général : Rien de particulier.

Réglée à 13 ans régulièrement.

Durée du travail : 13 heures.

Rupture des membranes : tempestive.

Placenta : Extraction simple 50 minutes après l'expulsion.

Membranes : Complètes. *Amnios décollé* 30/10.

Enfant : vivant.

OBSERVATION 6

Utérus cordiforme.

(Corne droite beaucoup plus développée).

II pare, 21 ans.

1^{re} grossesse à 18 ans, accouchement spontané, normal à terme 2^e.

Présentation : sommet.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 13 ans régulièrement.

Durée du travail : 8 heures.

Rupture des membranes : Normale.

Placenta : Extraction simple 1/2 heure après l'expulsion.

Membranes : *Incomplètes (ligature)* non mesurées.

Enfant : vivant.

Particularités : *Vomissements pendant tout le cours de la grossesse sans albumine.*

OBSERVATION 7

Utérus cordiforme

III pare, 23 ans.

1^{er} accouchement : normal, spontané, à terme.

Présentation : sommet.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 12 ans régulièrement.

Durée du travail : 10 h. 40.

Rupture des membranes : spontanée à la dilatation complète.

Placenta : extraction simple 1 h. 20 après l'expulsion.

Membranes : complètes 42/4.

Enfant : vivant.

OBSERVATION 8

Utérus cordiforme.

I pare, 22 ans.

Présentation : sommet.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 16 ans 1/2, régulièrement.

Durée du travail : 12 h. 45.

Rupture des membranes : spontanée.

Placenta : Extraction simple 1 h. 20 après le fœtus.

Membranes : Amnios. *Décollé complètement, retroussé au-*

tour du cordon, chorion, caduque paraissent complets, ne peuvent être mesurés.

Enfant : vivant.

OBSERVATION 9

Utérus bicorne.

I pare, 23 ans.

Présentation : sommet.

Examen général : luxation congénitale coxo-fémorale double.

Réglée à 19 ans toujours régulièrement *mais abondamment.*

Durée du travail : 21 h. 15.

Rupture des membranes : *Spontanée précoce (10 jours avant l'accouchement).*

Placenta : extraction simple $3/4$ d'heure après l'expulsion.

Membranes : complètes $32/8$.

Enfant : vivant.

Particularités. — En différents endroits, la caduque présente des épaisissements avec des dépôts sanguins.

OBSERVATION 10

Utérus cordiforme.

I pare, 28 ans.

Présentation : sommet.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 14 ans $1/2$ régulièrement.

Durée du travail : 17 heures $3/4$.

Rupture des membranes : *Artificielle à la dilatation complète.*

Placenta : Extraction simple 50 m. après l'expulsion.

Membranes : $34/7$ *rétenion du chorion et de la caduque.*

Enfant : vivant.

OBSERVATION 11

Utérus bicorne.

Corne gauche très développée.

I pare, 19 ans.

Présentation : sommet.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 15 ans $1/2$ régulièrement.

Durée du travail : 9 h. 10.

Rupture des membranes : *Artificielle.*

Placenta : extraction simple 35 m. après l'expulsion.

Membranes : complètes $42/6$.

Enfant : vivant.

OBSERVATION 12

Utérus légèrement cordiforme.

I pare, 26 ans.

Présentation : sommet.

Examen général : *Léger œdème des jambes.*

Réglée à 18 ans *irrégulièrement.*

Durée du travail : 11h. 40.

Rupture des membranes : spontanée.

Placenta : expulsion 40 m. après le fœtus.

Membranes : complètes 34/8

Enfant : vivant.

Particularités. — Vomissements pendant les cinq premiers mois et léger œdème des jambes sans albumine.

OBSERVATION 13

Utérus cordiforme.

II pare, 31 ans.

1^{re} accouchement : normal, spontané, vivant.

Présentation : sommet.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 17 ans, régulièrement.

Durée du travail : 6 h. 1/2.

Rupture des membranes : *artificielle* à la dilatation complète.

Placenta : extraction simple, 50 minutes après l'expulsion.

Membranes : complètes, 37/5.

Enfant : vivant.

OBSERVATION 14

Utérus irrégulier, tomenteux, bosselé.

III pare, 22 ans.

1^{re} grossesse, il y a 6 ans : sommet, spontané, à terme.

2^{me} grossesse, il y a 2 ans : sommet, spontané, à terme (*mais la délivrance aurait été suivie d'hémorrhagies prolongées*).

3^{me} grossesse :

Présentation : sommet.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 11 ans, régulièrement.

Durée du travail : 7 heures.

Rupture des membranes : spontanée, tempestive à la dilatation complètes.

Placenta : extraction simple, 20 minutes après l'expulsion.

Membranes : *dissociées, non mesurables, paraissant complètes.*

Enfant : vivant.

Particularités. — Entre l'expulsion et la délivrance, *perte de caillots pesant 750 grammes. Pouls normal : faciès un peu décoloré.*

OBSERVATION 15

Utérus de forme irrégulière plus développé à droite.

II pare, 26 ans.

1^{er} accouchement : à terme *par le siège.*

Présentation : sommet.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 16 ans 1/2, régulièrement.

Durée du travail : 3 h. 1/2.

Rupture des membranes : spontanée tempestive.

Placenta : Extraction simple, 45 minutes après le fœtus.

Membranes : complètes, *dissociées, 32/7.*

Enfant : vivant.

OBSERVATION 16

Utérus bicorne (siège).

La corne droite plus développée contient la tête.

II pare, 24.

Premier accouchement : Spontané à terme normal.

Deuxième accouchement : Spontané à terme normal.

Présentation : *Siège décomplété mode des fesses*. Abaissement prophylactique du pied.

Examen général : Rien de particulier.

Réglée à 16 ans régulièrement.

Durée du travail : 3 heures.

Rupture des membranes : *Spontanée précoce 1 h. 1/2 avant l'expulsion*.

Placenta : Extraction simple 56 m. après le fœtus.

Membranes : *Incomplètes non mesurables, ligature*.

Enfant : Vivant.

Particularités. — Le placenta est extrait très facilement, mais les membranes sont encore adhérentes. On attend quinze minutes, puis on pose une ligature et on sectionne les membranes.

Injection intra-utérine après la délivrance.

OBSERVATION 17

Utérus cordiforme.

II pare, 27 ans.

Premier accouchement : 3 ans auparavant, sommet spontané normal.

Deuxième accouchement : 3 ans auparavant, sommet spontané normal.

Présentation : Sommet.

Examen général . Rien de particulier.

Réglée à 18 ans régulièrement.

Durée du travail : 8 heures.

Rupture des membranes : *Artificielle à la dilatation complète.*

Placenta : Extraction simple 35 m. après l'expulsion.

Membranes : Complètes. *Amnios retroussé autour du cordon.*

Enfant : Vivant.

Particularités. — Le siège se trouve au niveau de la corne droite ; les membres inférieurs sont étendus transversalement et on sent les pieds à l'extrémité de la corne gauche.

OBSERVATION 18

Utérus légèrement bicorne.

Accouchement prématuré.

I pare, 29 ans 1/2.

Présentation : Sommet.

Examen général : Rien de particulier.

Réglée à : 12 ans régulièrement.

Durée du travail : 5 h. 25.

Rupture des membranes : Spontanée.

Placenta : Extraction simple 50 m. après le fœtus.

Membranes : Complètes 27/8.

Enfant : Vivant, *meurt le lendemain.*

Particularités. — Pendant la période d'expulsion, les contrac-

tions utérines sont peu énergiques et peu fréquentes, la femme pousse mal.

La question du forceps se pose mais la tête étant près de la vulve, on attend encore l'enfant ne souffrant pas.

L'expulsion se fait naturellement en 5 h. 25, mais l'enfant meurt le lendemain.

OBSERVATION 19

Utérus cordiforme.

I pare, 22 ans.

Présentation : Sommet.

Examen général : *Bassin angle sacro-vertébral accessible.*

Réglée à 11 ans, *très irrégulièrement.*

Durée du travail : 25 h. 25.

Rupture des membranes : *prématurée artificielle à la dilatation de 2 fr.*

Placenta : extraction simple 1 h. 20 après l'expulsion.

Membranes : complètes *dissociées non mesurées.*

Enfant : Vivant.

Particularités. — Vomissements à la fin du troisième mois sans albumine.

De 8 heures du matin à 3 h. 45 du soir, la dilatation de 2 fr. est restée stationnaire et les membranes tendues. A ce moment rupture artificielle des membranes est faite. Le liquide qui s'écoule est normal. A 7 h. 25, c'est-à-dire 3 h. 40 après la rupture l'expulsion a lieu.

OBSERVATION 20

Utérus cordiforme (Accouchement prématuré à 7 mois).

I pare, 20 ans 1/2.

Présentation : sommet.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 13 ans régulièrement.

Durée du travail : 2 heures.

Rupture des membranes : *tardive artificielle*.

Placenta : expulsion spontanée 10 minutes après le fœtus.

Membranes : complètes *caduque épaissie* 35/16.

Enfant : *mort quelques minutes après sa naissance*.

Particularités. — A perdu quelques gouttes de sang la veille de son accouchement.

OBSERVATION 21

Utérus cordiforme (Siège), Accouchement prématuré à 7 mois,

I pare, 21 ans.

Présentation : *Siège en D T.*

Examen général : rien de particulier.

Durée du travail : 2 heures.

Rupture des membranes : spontanée *maturée*.

Placenta : Extraction simple 35 minutes après l'expulsion.

Membranes : complètes 37/7.

Enfant : *mort après 30 minutes*.

Particularités. — Pendant les premiers mois, la femme a eu

quelques nausées sans albumine. Accouchement prématuré à 7 mois

OBSERVATION 22

Utérus bicorné (hémorrhagie).

I pare, 23 ans.

Présentation : sommet.

Examen général : *Œdème des membres inférieurs sans albumine.*

Réglée à 18 ans régulièrement.

Durée du travail : 20 heures.

Rupture des membranes : Spontanée précoce.

Placenta : Extraction simple une 1/2 heures après l'expulsion.

Membranes : *Dissociées, déchirées, ne peuvent être mesurées.*

Enfant : Vivant.

Particularités. — De l'expulsion jusqu'à la délivrance la femme a perdu une quantité de sang assez considérable, le placenta se présentant par son bord.

OBSERVATION 23

Utérus cordiforme. Epaule droite.

III pare, 27 ans.

1^{re} grossesse : A la suite d'une période de quinze jours pendant laquelle trois à quatre pertes assez abondantes et non douloureuses ont lieu, se produit une fausse couche de 3 mois 1/2 avec expulsion rapide de l'œuf sans accident.

2^e grossesse : A 8 mois hémorrhagie abondante, subite

et perte jusqu'à l'accouchement spontané quatre jours après.

Enfant mort au bout de deux jours.

3^e grossesse :

Présentation : *épaule droite.*

Examen général : Rien de particulier.

Réglée à : 12 ans 1/2 *irrégulièrement.*

Durée du travail : 10 h. 20 minutes.

Rupture des membranes : Spontanée tempestive.

Placenta : Expulsion spontanée 20 minutes après expulsion.

Membranes : *Incomplètes 16/0.*

Enfant : *Mort né.*

Particularités. — La version est faite assez facilement sans hémorrhagie avant l'expulsion du fœtus, *des caillots et du sang sont évacués en quantité assez considérable.* Injection intra-utérine.

OBSERVATION 24

Utérus avec une corne à gauche. Bassin vicié. Légère hémorrhagie.

1^{er} pare, 23 ans.

Présentation : sommet.

Examen général : Crête tibiale, arête vive et dentelée, tibia incurvé en dedans, malléoles internes rapprochées, membres écartés.

Réglée à 17 ans régulièrement.

Durée du travail : 13 heures.

Rupture des membranes : *Artificielle à la dilatation complète.*

Placenta : Extraction simple 45 minutes après l'expulsion.

Membranes : *complètes mais dissociées 37/10.*

Enfant : Vivant.

Particularités. — Le diamètre promonto sous-pubien étant de 10 centimètres ; le liquide amniotique verdâtre, les battements du cœur fœtal ralenti, la symphyséotomie est décidée ; mais pendant ce temps la parturiente expulse spontanément son fœtus. La parturiente ayant perdu environ 200 grammes de sang on fait une injection intra-utérine chaude.

OBSERVATION 25

Utérus formant cœur de carte à jouer.

Avortement gémellaire à 7 mois. — Premier fœtus né vivant.
Deuxième fœtus mort pendant le travail ; hydramnios du second œuf.

I pare, 24 ans.

Présentation : sommet pour le premier, tête à la fosse iliaque gauche pour le second.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 15 ans assez irrégulièrement.

Durée du travail 13 heures.

Rupture des membranes : *Artificielle à la dilatation complète pour les 2 œufs.*

Placenta : Extraction simple trois quarts d'heure après l'expulsion:

Membranes : Complètes 26/10.

Enfant : *Premier mort pendant le travail, le deuxième mort 3 jours après.*

Particularités. — Une seule masse placentaire divisée en deux loges par une cloison avec différence de coloration pour une des masses placentaires. La cloison est formée de six membranes.

Après l'expulsion du premier fœtus, on abaisse la tête du deuxième qui se trouvait dans la fosse iliaque gauche, on rompt les membranes; il s'écoule environ 1 litre et demi de liquide, le deuxième fœtus est remplacé un quart d'heure après. Tous deux ont de l'ascite. Les bruits du cœur qui avaient été entendus après l'expulsion du premier fœtus cessent chez le second pendant la période d'expulsion.

OBSERVATION 26

Utérus cordiforme. — *Siège.*

La corne gauche plus développée que la droite.

I pare, 25 ans.

Présentation : *Siège.*

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 16 ans régulièrement.

Durée du travail : 14 h. 45 m.

Rupture des membranes : *Spontanée précoce*, 6 heures avant l'expulsion.

Placenta : Extraction par expression 35 minutes après l'expulsion.

Membranes : *Déchirées, dissociées, incomplètes.*

Enfant : Vivant.

Particularités. — A 11 h. 45 du matin la dilatation est complète; on met la femme en position obstétricale et on l'engage à pousser. La période d'expulsion est très longue; 50 minutes après la dilatation complète, les membres inférieurs ne sont pas encore dégagés. La sage-femme en chef procède alors à l'extraction du siège, abaissement du pied, dégagement du siège, du

tronc, des membres supérieurs, et extraction de la tête par la manœuvre de Mauriceau.

L'enfant crie presque aussitôt sa naissance.

OBSERVATION 27

Utérus bicorne.

1 pare, 28 ans.

Présentation : sommet.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 20 ans régulièrement.

Durée du travail : 3 heures environ.

Rupture des membranes : *Spontanée précoce*, à la dilatation d'une paume de main.

Placenta : Extraction simple 1 h. 05 après l'expulsion.

Membranes : *Dissociées, incomplètes, ligature.*

Enfant : vivant, *maigre, hernie ombilicale.*

Particularités. — Utérus bicorne, à corne gauche seule développée, fortement incliné à gauche, le dos du fœtus est reporté en diagonale à gauche aussi et on entend les bruits du cœur total à gauche de la ligne médiane quoique la tête soit engagée en OT.

Les membranes auxquelles on a mis une ligature ne sont expulsées que 2 jours plus tard.

OBSERVATION 28

Utérus cordiforme.

Hémorrhagie considérable pendant la délivrance. Extraction de deux cotylédons restés adhérents.

1^{re} pare, 23 ans.

Présentation : sommet.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 14 ans, très irrégulièrement.

Durée du travail : 32 h. 25.

Rupture des membranes : *Artificielle à la dilatation complète.*

Placenta : Extraction par expression 55 minutes après l'expulsion.

Membranes : *complètes, déchirées, mensuration impossible.*

Enfant : vivant.

Particularités. — Cette femme pendant sa grossesse a eu de la dyspepsie (sans albumine). Pendant la délivrance elle perd une quantité considérable de sang, 1200 grammes environ. Les membranes contiennent beaucoup de caillots. Après la délivrance la femme continue à perdre. En regardant le placenta on s'aperçoit qu'il manque deux cotylédons ; on introduit la main dans l'utérus et on les décolle avec beaucoup de difficultés. La femme ne perd plus. Injection intra-utérine.

OBSERVATION 29

Utérus formant deux loges. Siège complet.

I pare, 21 ans.

Présentation : *siège complet*.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 13 ans, régulièrement.

Durée du travail : 9 heures.

Rupture des membranes : *artificielle à la dilatation complète*.

Placenta : *délivrance artificielle* 1/4 d'heure après l'expulsion :

Membranes : *incomplètes*.

Enfant : vivant.

Particularités. — Introduisant la main dans le vagin, M. Le-page constate que le placenta décollé, bombe dans le vagin, qu'il est retenu, ainsi suspendu, par les membranes qui forment une corde tendue se dirigeant vers la corne utérine droite.

Glissant la main le long des membranes ainsi tendues, il ne peut arriver à les décoller sans les déchirer. Ces membranes sont d'ailleurs fortement teintées par le méconium et peu résistantes. Introduisant la main à deux ou trois reprises dans cette corne droite, il parvient à les extraire en entier.

Après la délivrance, il constate de la même façon que l'utérus se trouve divisé en deux loges par un éperon épais.

Le placenta était inséré sur la paroi postérieure et partiellement sur chacune des deux cornes.

Injection intra-utérine *sur chacune des deux cornes*.

Pendant tout ce temps, la femme n'a pas perdu de sang.

OBSERVATION 30

Utérus bicorne (hémorrhagie).
Accouchement prématuré à 8 mois.

I pare, 38 ans.

Présentation : sommet.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 14 ans, régulièrement.

Durée du travail : 4 h. 15.

Rupture des membranes : *prématurée*, 24 heures avant l'expulsion.

Placenta : *délivrance artificielle 2 heures après l'accouchement.*

Membranes : complètes 36/5.

Enfant : vivant.

Particularités. — 35 minutes après l'expulsion du fœtus, hémorrhagie peu abondante.

Injection vaginale chaude. 15 minutes après, l'écoulement sanguin recommence.

Une heure et demie après l'accouchement, le pouls devient fréquent, l'hémorrhagie continue. Le placenta n'est pas décollé, on fait la délivrance artificielle.

En pénétrant dans l'utérus pour faire la délivrance artificielle, on trouve que le placenta est adhérent dans presque toute son étendue sur la face postérieure et la corne droite de l'utérus. Au fond de l'organe et un peu à gauche de la ligne médiane, existe un éperon de trois centimètres de longueur environ, de sorte que la corne utérine gauche forme un diverticulum qui admet à peine l'introduction d'un doigt.

A ce niveau, les membranes sont adhérentes.

Après la délivrance artificielle, injection intra-utérine.

OBSERVATION 31

Cloison vaginale. — Siège.

I pare, 22 ans.

Présentation : *Siège décomplété mode des fesses SIDA.*

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 11 ans régulièrement.

Durée du travail : 33 heures.

Rupture des membranes : *Artificielle à la dilatation complète.*

Placenta : extraction simple 35 minutes après l'expulsion.

Membranes : complètes 21/9.

Enfant : vivant.

Particularités. — Cette femme entre à la salle de travail le 14 septembre 1894 à 1 heure du soir. On constate une présentation du siège décomplété mode des fesses et l'existence d'une cloison vaginale, occupant toute la hauteur du vagin et divisant l'orifice utérin en deux parties dont l'une se dilate bien, mais l'autre reste toujours comme 0,50.

A 8 heures M. Varnier examine cette femme ; il incise cette cloison après avoir posé deux pinces qui restent sur les lambeaux jusqu'à la dilatation complète.

A 10 h. 45 du soir *rupture artificielle des membranes*, abaissement d'un pied.

A minuit 10 seulement le siège est expulsé.

Quand le cordon est à la vulve les battements sont très rares,

aussi on fait rapidement l'extraction du tronc et de la tête. Manœuvre de Mauriceau.

A minuit 15 extraction.

Enfant étonné ranimé vite.

A minuit 25 *l'utérus développé par des caillots mesure 27 centimètres*, nouvelle injection chaude.

A minuit 30, *pouls fréquent et faible*.

La sage-femme en chef trouvant le placenta toujours adhérent *fait une délivrance artificielle* à minuit 50, et en introduisant sa main trouve un canal au niveau de la corne gauche (laquelle est beaucoup plus développée que la droite), canal qu'elle met un certain temps à franchir. Quelques cotylédons et des membranes adhérent, qui, à cet endroit présentent à l'examen un épaississement dû à des hémorrhagies anciennes.

Le placenta est extrait avec les membranes complètes et a *une forme triangulaire*.

Injection intra-utérine. Tamponnement vaginal à la gaze iodée.

OBSERVATION 32.

Utérus à corne gauche plus développée que la droite; (hémorrhagie).

I pare, 17 ans.

Présentation : *sommet*.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 13 ans régulièrement.

Durée du travail : 29 heures.

Rupture des membranes : *artificielle* avant la dilatation complète, celle-ci étant restée stationnaire de 1 fr. de midi 30 à 8 heures du soir.

Placenta : *Délivrance artificielle* 1 h. 45 après l'expulsion, hémorrhagie 420 grammes environ.

[Membranes : complètes. *Caducue épaissie à plusieurs endroits.*

Enfant : vivant.

Particularités. — Au troisième mois de la grossesse légère hémorrhagie pendant un jour.

A midi 1/2, dilatation de 1 fr.

A 8 heures du soir même état. Rupture artificielle des membranes.

A 10 h. 30 : dilatation complète 2 h. 1/2 après la rupture.

A 11 h. 5 du soir : expulsion du fœtus 35 minutes après la dilatation.

A 11 h. 35 : le placenta n'est pas décollé.

A minuit 10 : la femme perd brusquement un jet de sang assez abondant.

Injections chaudes : le placenta est toujours adhérent.

OBSERVATION 33.

Vagin avec diaphragme de deux centimètres de diamètre siégeant à sept ou huit centimètres de la vulve et de deux ou trois centimètres de l'utérus.

Atrésie du vagin (légère hémorrhagie).

I pare, 24 ans.

Présentation : sommet.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 14 ans régulièrement.

Durée du travail : 34 heures.

Rupture des membranes : *artificielle* avant la dilatation com-

plète, celle-ci étant de 2 fr. environ, 15 heures après le début du travail.

Placenta : Extraction simple 1/4 d'heure après l'expulsion.

Membranes : complètes 31/5.

Enfant : vivant.

Particularités. — Primipare entrée à la salle de travail le 7 février à 9 heures du matin. Fœtus vivant, sommet en G. A.

9 heures, heure de l'entrée, on pratique le toucher et on constate dans le vagin un diaphragme de deux centimètres et siégeant à six ou huit centimètres de la vulve. Col en voie d'effacement. Membranes intactes.

10 h. 1/2 du matin même jour. M. le professeur Pinard examine cette femme et après avoir constaté la présence de cette cloison, fait remarquer que le vagin se rétrécit de plus en plus à mesure qu'on se rapproche du diaphragme.

2 h. soir. Dilatation de 1 fr.

3 h. » » de 2 fr. qui reste stationnaire jusqu'à minuit.

A minuit les contractions étant régulières et énergiques on rompt *artificiellement* les membranes ; le segment inférieur et la tête appuyent sur l'orifice de la cloison et la dilatation se fait surtout à la partie postérieure.

A 4 h. du matin la dilatation de l'orifice utérin est de 5 fr.

A 5 h. 5 du matin, dilatation complète. A ce moment *issue brusque de sang liquide* peu abondante. Injections vaginales chaudes.

L'écoulement s'arrête dès que la tête appuie d'une façon permanente sur le périnée.

OBSERVATION 34

Diaphragme à la partie moyenne du vagin. Forceps (hémorrhagie).

I paré, 31 ans.

Présentation : sommet.

Examen général : *OEdème de la vulve, de la paroi abdominale des membres inférieurs sans albumine.*

Réglée à 13 ans régulièrement.

Durée du travail : 54 h. environ.

Rupture des membranes : *Artificielle* avant la dilatation complète à 1 fr. 13 h. avant l'expulsion et 16 h. après le début du travail.

Placenta : Extraction simple 10 minutes après l'expulsion.

Membranes : Complètes 26/6.

Enfant : Vivant.

Particularités : Au 7^e mois de la grossesse la parturiente a eu de l'œdème généralisé et des vomissements (pas d'albumine).

Le 25 octobre, 7 h. 30 du matin début du travail.

Le 26 » 1 h. du matin dilatation plus grande que 1 fr. reste stationnaire jusqu'à 10 h. 45 du matin. A ce moment *rupture artificielle* des membranes ; il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique.

A 11 h. 30, dilatation comme 2 fr.

A 2 h. 40 » 5 fr. mais l'orifice du diaphragme est à peine comme 2 fr.

A 7 h. 45 soir, dilatation comme une petite paume de main ; a bride vaginale résiste toujours. On applique 2 pinces sur la bride et on la sectionne.

A 11 h. du soir, *perte assez abondante de sang*, injection chaude.

A 11 h. 30, *l'écoulement continue*. Injection chaude et gaze iodoformée dans le vagin. *L'écoulement continue*.

27 octobre à 1 h. 30 du matin, *Application de forceps et tractions lentes et soutenues* de 1 h. 35 à 1 h. 48.

A 1 h. 50 le fœtus est extrait vivant.

Immédiatement après l'extraction *l'hémorrhagie s'arrête*.

Le passage de la tête a déterminé des ruptures multiples de la bride, mais sans déchirure vaginale considérable.

Injection intra-utérine prolongée.

OBSERVATION 35

Utérus cordiforme (épaule) (hémorrhagie).

III pare, 34 ans.

1^{er} accouchement : normal sommet, enfant vivant.

2^e » *Avortement à 6 mois : Hémorrhagie abondante pendant la grossesse.*

3^e accouchement : Enfant né mort. Même père pour les trois grossesses.

Présentation : *Epaule droite* dorso-antérieure.

Examen général : Rien de particulier.

Réglée à 12 ans régulièrement.

Durée du travail : 2 h. 1/2.

Rupture des membranes : *Artificielle* à la dilatation complète.

Placenta : Extraction simple 1/2 heure après l'expulsion.

Membranes : Complètes 30/4.

Enfant : *Etat de mort apparente non ranimé*.

Particularités. — A 2 h. 12 du soir cette femme arrive à la clinique ; on est de suite frappé par le développement transversal de l'utérus ; au palper on trouve la tête dans la fosse iliaque gauche, le dos en avant. Le toucher permet de constater que la dilatation est complète. Une poche d'eau volumineuse remplit le vagin.

La sage-femme en chef pratique la *rupture artificielle* des membranes et introduit sa main dans l'utérus pour faire la version ; mais à ce moment elle sent au niveau de l'orifice interne un anneau de contraction qui lui comprime fortement le bras. Le pied droit est amené, le tronc est extrait rapidement. Mais au moment de l'extraction de la tête on a à lutter contre une très forte résistance du col. On pratique la manœuvre de Mauriceau et on exerce des tractions pendant cinq minutes, *l'enfant fait plusieurs inspirations.*

A 2 h. 45, *l'enfant naît en état de mort apparente*, il présente quelques battements ; on désobstrue les voies respiratoires, on fait l'insufflation avec l'insufflateur de M. Ribemond, on exerce des tractions sur la langue, *mais on ne parvient pas à le ranimer.*

OBSERVATION 36

Utérus cordiforme (siège complet). Thrombus du vagin hémorrhagie.

Il pare, 30 ans.

1^{re} grossesse à terme : d'un enfant se présentant par le *siège*.

Présentation : *siège complet* DT.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 15 ans régulièrement.

Durée du travail : 16 heures.

Rupture des membranes : *artificielle* à la dilatation complète.

Placenta : Extraction simple 50 minutes après l'expulsion.

Membranes : complètes 36/9.

Enfant : vivant.

Particularités. — Femme secundipare, entrée à la salle de travail le 9 juillet à 10 heures du matin. Présentation du siège complet en DT. La tête est dans la corne droite de l'utérus, beaucoup plus développée que la gauche.

La dilatation est grande comme une pièce de 5 fr., les membranes intactes, l'enfant vivant.

Midi 1/2. — Dilatation grande comme une paume de main ; on rompt les membranes.

Midi 45. — Dilatation complète. A ce moment la femme pousse et expulse un enfant vivant de 3250 grammes. La manœuvre de Mauriceau est faite sans difficulté.

20 minutes environ après la délivrance, la femme se plaint de douleurs très fortes avec ténésme. L'attention attirée de ce côté on pratique le toucher vaginal, et on s'aperçoit alors qu'il existe sur la paroi latérale droite du vagin, une tumeur fluctuante de la grosseur d'une orange arrivant jusqu'à la vulve (crampes très fortes au membre inférieur droit).

Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée ; quelques instants après la gaze est complètement imbibée de sang, il s'en écoule même une quantité assez notable au dehors.

Le premier tampon retiré on fait une injection dans la cavité du thrombus et un deuxième tamponnement avec deux paquets de gaze iodoformée.

La femme ne perd plus.

Le pouls est à 108. Le faciès est assez décoloré.

OBSERVATION 37

Utérus cordiforme. Siège incomplet.

I pare, 25 ans.

Présentation : *siège complet.*

Examen général : *un peu d'œdème aux membres inférieurs pendant la grossesse sans albumine.*

Réglée à 20 ans régulièrement.

Durée du travail : 4 h. 5.

Rupture des membranes : spontanée à la dilatation complète.

Placenta : Extraction simple, 1/2 heure après l'accouchement.

Membranes : *complètes dissociées.*

Enfant : vivant.

Particularités. — Quand la parturiente arrive à la dilatation complète, la paroi abdominale très tendue et l'utérus très dur rendent le palper très difficile. On sent seulement au fond de l'utérus comme deux tumeurs séparées par un sillon ; la partie droite étant beaucoup plus volumineuse que la gauche. La dilatation étant complète, sous l'effort d'une contraction, la poche volumineuse et très tendue se rompt aussitôt, on sent le pied droit puis le gauche.

La femme est mise en position obstétricale et l'accouchement suit son cours régulier terminé par la manœuvre de Mauriceau.

L'enfant un peu étonné respire presque aussitôt.

L'utérus bien revenu conserve la forme bilobée notée plus haut.

OBSERVATION 38

Utérus cordiforme. Epaule. Accouchement à 7 mois.

Il pare, 20 ans.

1^{er} accouchement il y a 2 ans, à [terme, enfant vivant, siège

Présentation : *épaule gauche dos en avant*.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à : 13 ans régulièrement.

Durée du travail : 3 h. 1/2.

Rupture des membranes : *Artificielle* à la dilatation complète.

Placenta : extraction simple 1/2 heure après l'expulsion.

Membranes : complètes 24/3.

Enfant : gélatineux, mis en couveuse, *mort quelques heures* après sa naissance.

Particularités. — La parturiente arrive à la salle de travail à la dilatation complète. Au toucher une poche des eaux très volumineuse qui remplit tout le vagin et reste saillante dans l'intervalle des contractions.

Les contractions abdominales énergiques et constantes d'autre part rendent incertain le diagnostic de présentation d'épaule gauche dos en avant. Mais la poche des eaux bombant à la vulve et menaçant de rompre, on la rompt *artificiellement*, et on *procède à la version par manœuvres internes*.

Les pieds et le tronc viennent assez facilement, mais le dégagement de la tête se fait assez péniblement contrarié qu'il est par les contractions puissantes de l'utérus.

L'enfant crie presque aussitôt et après quelques hésitations respire régulièrement.

OBSERVATION 39

Utérus cordiforme. Epaule.

II pare, 23 ans.

1^{er} accouchement à la clinique Baudelocque. *Epaule.*

Version par manœuvres internes. Procidence du cordon et du pied droit.

Enfant mort.

Présentation ; *plan latéral gauche dorso-antérieur.*

Examen général ; *face antérieure du sacrum accessible.*

Réglée à 13 ans régulièrement.

Durée du travail ; 9 h. 30.

Rupture des membranes ; *artificielle à la dilatation complète.*

Placenta ; *Expulsion spontanée sitôt après le fœtus.*

Membranes ; *complètes mais déchirées.*

Enfant ; *vivant.*

Particularités. — Cette femme se condipare est accouchée une première fois 3 ans auparavant à la clinique Baudelocque. L'observation de cette époque relate les faits suivants :

Malformation utérine. — *Présentation franchement transversale du plan latéral gauche dos antérieur. Rupture prématurée des membranes, procidence du cordon, du pied droit, et de flexion du bras gauche. Extraction d'un enfant mort.*

Pour ce deuxième accouchement.

A 6 h. 15 du soir. La femme entre à la clinique. Elle dit avoir des douleurs depuis 9 heures du matin. En l'examinant on constate facilement par la vue que l'utérus est développé transversalement.

Au palper on trouve la tête dans la fosse iliaque droite le dos en avant, le siège dans le flanc gauche.

Par le toucher on trouve l'excavation vide, le vagin rempli par une poche volumineuse.

A 6 h. 20, la sage-femme en chef, *rupture artificielle étant faite* procède à la version par manœuvres internes.

Introduction de la main, saisie du pied antérieur (le gauche).

La femme a des contractions énergiques ; le tronc est rapidement extrait.

Dégagement du bras antérieur puis du postérieur.

A 6 h. 26. On commence les tractions sur la tête, elle est très haute et difficilement extraite.

Il y a un ressaut au passage de la tête.

L'enfant pèse 3310 grammes et crie 3 minutes environ après l'extraction.

OBSERVATION 40.

Utérus développé transversalement. — Epaule

X pare, 33 ans.

1^{re} grossesse à 21 ans : Fév. 1880, présentation du sommet, enfant vivant.

2^e grossesse à 21 ans : Fév. 1883, présentation du sommet, enfant vivant.

3^e grossesse à 21 ans : Août 1884, présentation du sommet, enfant vivant.

4^e grossesse à 21 ans : Juillet 1885, présentation du sommet, morte de coqueluche.

5^e grossesse à 21 ans : Déc. 1886, présentation du sommet, morte de l'influenza.

6^e grossesse à 21 ans : Oct. 1887, présentation du sommet morte de tuberculose.

7^e grossesse à 21 ans : Sept. 1888, présentation du sommet, morte de pleurésie.

8^e grossesse à 21 ans : Avril 1894, présentation du sommet enfant vivant.

9^e grossesse à 21 ans : Juin 1892, présentation du sommet mort de méningite.

10^e grossesse : Août 1893.

Présentation : *Epaule gauche*.

Examen général : Rien de particulier.

Réglée à 16 ans régulièrement.

Durée du travail : 7 h.

Rupture des membranes : *Artificielle* avant la dilatation complète.

Placenta : Expulsion spontanée immédiatement après le fœtus.

Membranes : Complètes 37/5.

Enfant : vivant.

Particularités. — Cette femme entre à la salle de travail le 17 août à 6 heures du soir. A ce moment, on constate par le palper que la tête est dans le flanc droit, le siège à gauche, le dos en avant. Enfant vivant (envoyée avec le diagnostic enfant mort).

Au toucher dilatation d'une paume de main. Membranes intactes ; la poche des eaux bombe fortement dans le vagin ; un petit membre flotte dans les membranes. Cette femme *perd du sang*.

Du fait des tentatives de *version externe* qui *restent infructueuses* à cause de la fréquence des contractions.

A 7 heures dilatation comme une grande main.

A 8 heures dilatation comme une grande main.

A 9 heures dilatation comme une grande main.

Version par manœuvres internes. — Au moment de l'intro-

duction de la main et après *la rupture artificielle* des membranes on trouve dans le vagin une procidence du cordon, et l'issue du membre supérieur gauche dont la main arrive jusqu'à la vulve. L'introduction de la main se fait sans difficultés, les pieds sont en haut et à gauche ; il est impossible de descendre les deux pieds ; seul le pied antérieur, le gauche est abaissé. L'extraction du tronc est facile et rapide.

L'enfant né étonné a été ranimé aussitôt après quelques frictions.

Quoique les membranes n'aient été rompues qu'au moment de faire la version, le fœtus présente une bosse séro-sanguinolente peu volumineuse sur l'épaule gauche à la partie antérieure.

Expulsion spontanée du placenta immédiatement après l'extraction du fœtus.

OBSERVATION 41

Utérus cordiforme. Epaule.

III pare, 38 ans.

1^{er} accouchement, il y a 3 ans : à terme *siège*. *Rupture prématurée des membranes, procidence du cordon. Enfant mort.*

2^{me} accouchement, il y a 2 ans : à terme *épaule*. *Rupture prématurée des membranes. Version interne. Enfant mort.*

3^{me} accouchement.

Présentation : *Epaule*.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 12 ans régulièrement.

Durée du travail : 7 h. 1/2.

Rupture des membranes : *artificielle* avant la dilatation complète.

Placenta : extraction simple, 1/2 heure après l'expulsion.

Membranes : *incomplètes non mesurées.*

Enfant : *né en état de mort apparente*, ranimée par l'insufflation, *morte le même jour*, 12 heures après sa naissance.

Particularités. — A 6 h. 1/2 du matin à son entrée dans la salle du travail, le palper indique chez cette femme une présentation de l'épaule avec un enfant vivant. Col en voie d'effacement.

La version par *manœuvres externes* est tentée infructueusement.

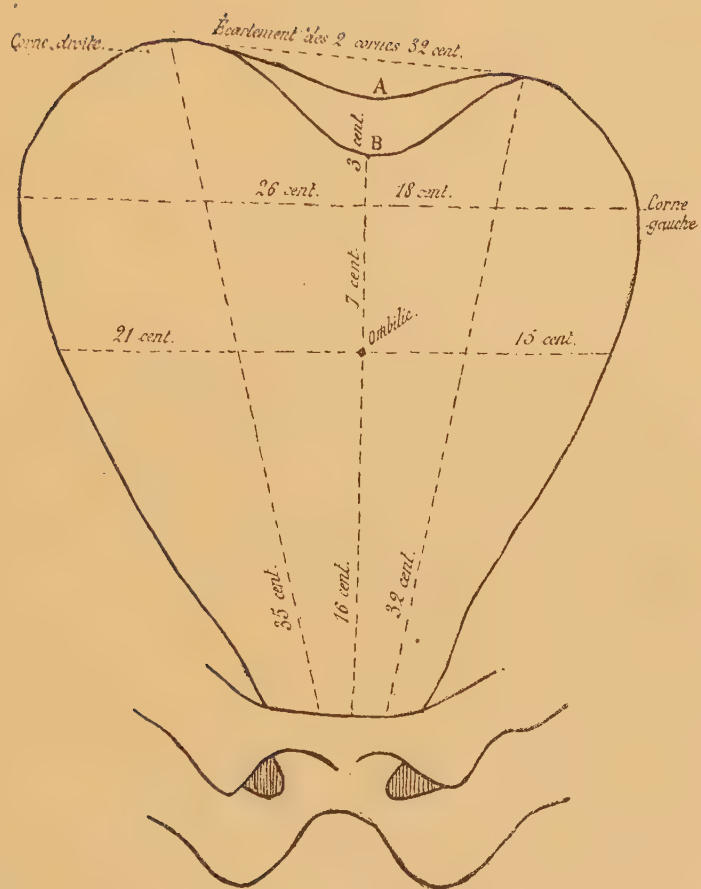
A 7 h. 1/2 on trouve une poche d'eau volumineuse qui remplit le vagin, on croit à une dilatation complète, et on fait la *rupture artificielle* ; un liquide vert et épais s'écoule, le bras se défléchit et le cordon fait procidence.

Cordon et bras réduits, on introduit immédiatement le ballon Champetier distendu à son maximum, car la dilatation est à peine grande comme 5 fr. Mais le ballon se déchire alors et bien que la dilatation ne soit pas complète on abaisse avec peine les deux pieds, le tronc se dégage facilement mais la tête est maintenue étroitement par l'orifice resserré sur le cou. Pendant vingt minutes au moins on lutte énergiquement contre l'orifice resserré, finalement à 9 h. 1/2 l'enfant est extrait mais en état de mort apparente.

On pratique l'insufflation de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2. Les battements du cœur cessent quand on cesse l'insufflation.

On donne à l'enfant des bains sinapisés, de l'oxygène.

A midi on le met dans un berceau entouré de boules et on continue les inhalations d'oxygène ; la respiration est convulsive, *l'enfant meurt* à 9 h. 1/2 le soir, 12 heures après sa naissance.



OBSERVATION 42

Utérus bicorne.

I pare, 18 ans.

Présentation : sommet.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 13 ans et demi *irrégulièrement*.

Durée du travail : 14 h. et demi.

Rupture des membranes : *spontanée prématurée au début du travail 14 h. 12 avant l'expulsion.*

Placenta : Extraction par expression 2 h. 45 après le fœtus.

Membranes : *Complètes dissociées.*

Enfant : Vivant.

Particularités. — La période de délivrance est assez pénible et assez longue. Le placenta qui était dans la corne droite est expulsé après des manœuvres d'expression répétées à plusieurs reprises.

OBSERVATION 43

Utérus irrégulier.

Grande corne à droite (hémorrhagie)

III pare, 32 ans.

1^{er} accouchement : *fausse-couche de 5 mois, fœtus mort.*

2^e " spontané à terme, enfant vivant.

3^e "

Présentation : sommet.

Examen général : rien de particulier.

Réglée à 11 ans régulièrement.

Durée du travail : 9 heures.

Rupture des membranes : spontanées tempestives.

Placenta : *Délivrance artificielle*, 1 heure 1/4 après l'expulsion.

Membranes : Complètes, *déchirées non mesurables*.

Enfant : vivant.

Particularités. — A souffert beaucoup dans le cours de sa grossesse des reins et du ventre.

La forme de l'utérus est très irrégulière, ainsi qu'on peut la constater même dans l'intervalle des contractions.

Il existe un développement considérable de la corne droite dans laquelle il existe du liquide amniotique. La hauteur du fond de l'utérus au-dessus de l'ombilic est de 12 centimètres.

La distance de l'ombilic au bord supérieur de la symphyse est de 21 centimètres. En redressant le plus possible l'utérus la distance du bord latéral gauche de l'utérus à l'ombilic est de 7 centimètres, tandis que du côté droit elle est de 17 centimètres. Cette différence est encore plus accusée au niveau du fond de l'utérus ; on la trouve de 20 centimètres du côté droit. La corne droite est de 9 centimètres plus haute que le fond de la corne gauche. L'utérus garde sa forme après l'accouchement.

L'expulsion fœtale ayant eu lieu à 3 heures, à 3 h. 40 on n'arrive que très difficilement et très haut sur le placenta qui est encore contenu dans l'utérus. A 4 h. 10 on pratique le toucher et on trouve les membranes tendues par du sang ; on n'arrive pas sur l'insertion du cordon sur le placenta.

Introduisant la main droite dans le vagin M. Lepage constate que le placenta est en partie décollé, mais il sent qu'il est maintenu vers la partie supérieure de l'utérus à droite, il pénètre alors péniblement à travers un orifice un peu plus large que 5 fr. dans

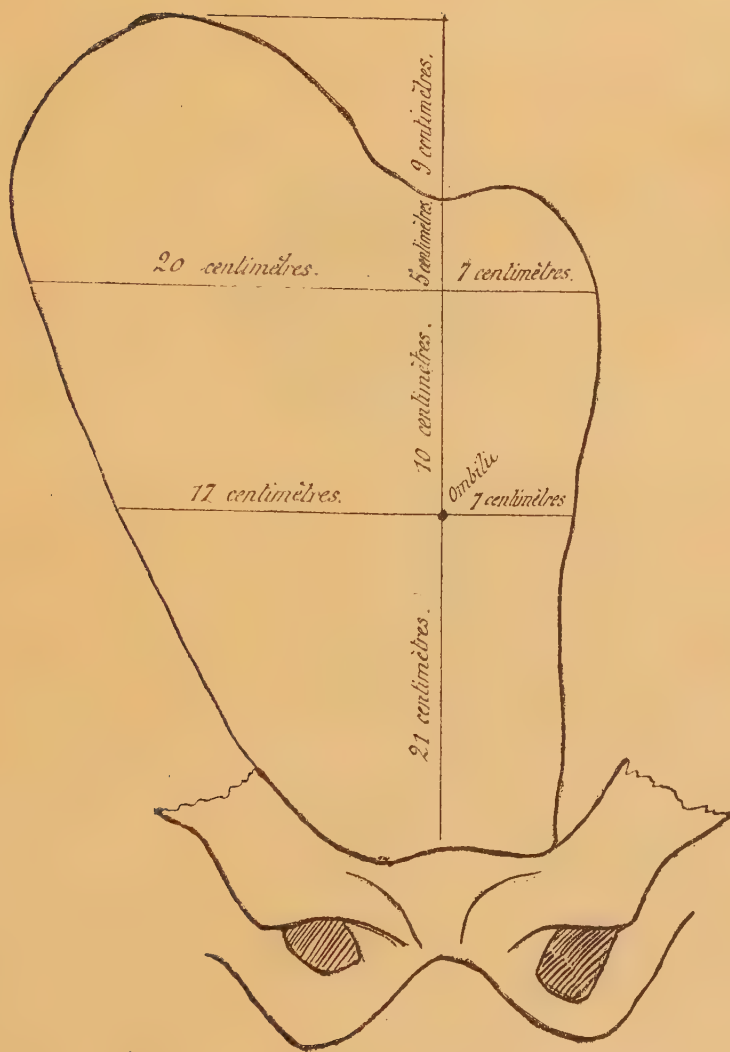
une loge dans laquelle se trouve un placenta complètement adhérent, et qui recouvre surtout la face antérieure et la face postérieure de la loge.

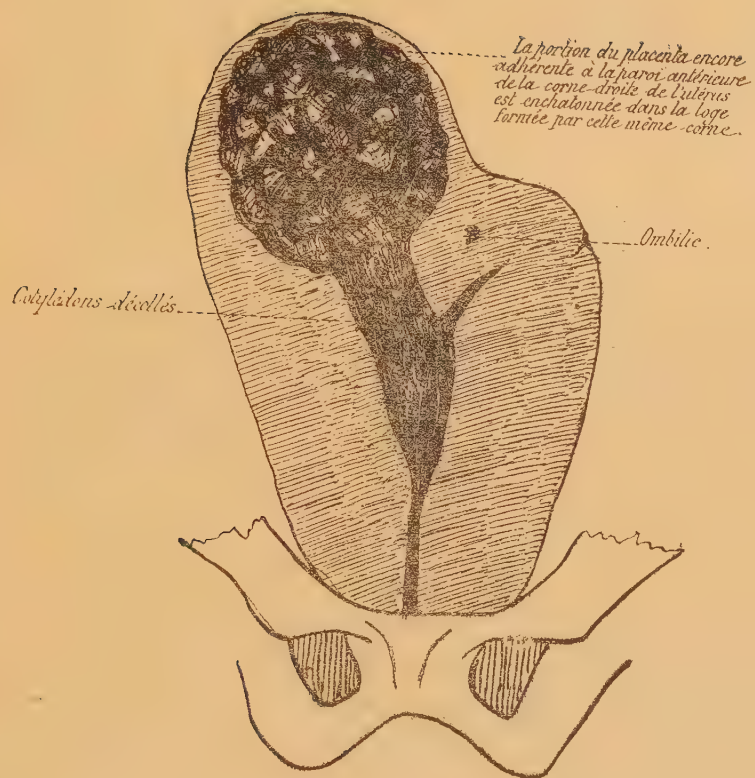
Il est très facile de sentir par le palper abdominal qu'au niveau de la dépression séparant les deux cornes le tissu musculaire présente une épaisseur de deux à trois travers de doigt. Au niveau de la loge le tissu utérin est peu épais sauf en dehors. Le décollement de la portion adhérente du placenta est assez pénible, bien qu'il n'y ait pas d'adhérences anormales. M. Lepage se décide à pratiquer la délivrance artificielle, non pas tant à cause de l'hémorragie qui n'est pas très abondante (330 grammes de l'expulsion à la délivrance) que parce que, l'accouchement fait depuis 1 h. 10 et l'utérus se contractant fréquemment, le placenta n'a pas encore franchi l'orifice utérin et qu'il est impossible d'atteindre l'insertion du cordon sur le placenta.

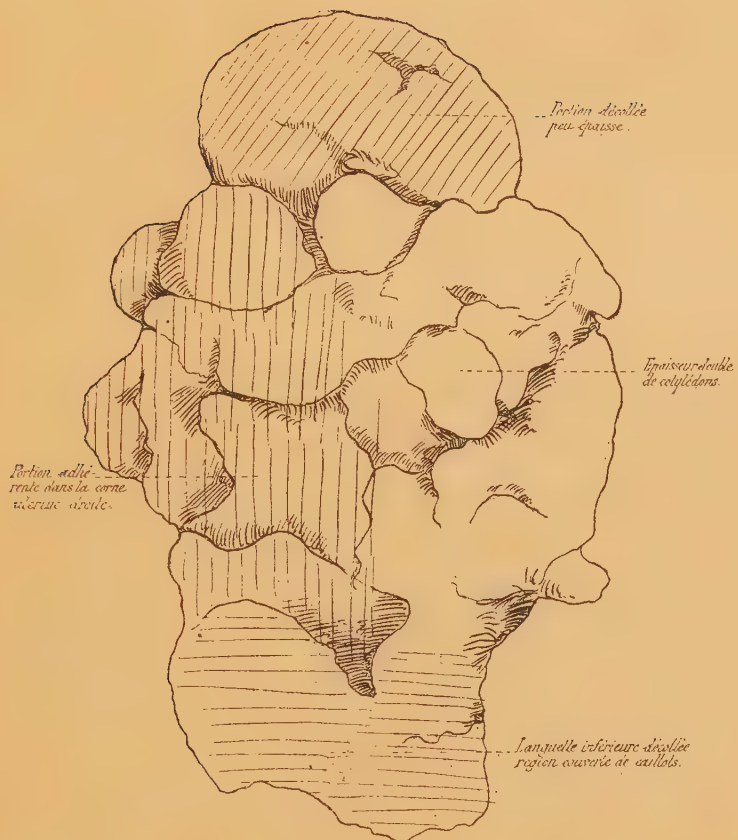
En outre, la malformation utérine constatée au cours du travail crée une indication en faveur de la délivrance artificielle.

Placenta. — Le placenta présente une forme un peu irrégulière, allongée. Aux deux extrémités de cet ovale les cotylédons ont une épaisseur moindre qu'au niveau de la partie centrale où les cotylédons sont très épais et déchiquetés par les manœuvres nécessitées par le décollement artificiel.

A l'une des extrémités adhèrent encore des caillots qui indiquent que c'est à ce niveau que se produisait l'écoulement sanguin.







CONCLUSIONS

Une fois sur cent au moins, l'accoucheur sera en présence de malformations utérines et presque toujours appelé à remédier à l'une de leurs complications.

Nous voulons essayer dans nos conclusions de résumer toutes les irrégularités de la grossesse ou du travail, qui en l'absence de toute autre cause pouvant les expliquer, devront faire penser à la malformation utérine et seront les indications d'un traitement approprié.

Rappelons avant tout que certaines malformations utérines peuvent ne présenter aucune de ces anomalies symptomatiques et que la grossesse la plus régulière, avec présentation du sommet, n'autorise aucunement un pronostic favorable.

D'autre part nous passerons sous silence les cas dans lesquels palper et accouchements antérieurs ne laissent place à aucun doute.

Chez les primipares à palper et à toucher négatif, nous pensons que l'accoucheur pourra tirer pour son diagnostic quelque indication dans la recherche des signes suivants :

1° Apparition tardive et irrégularité de la menstruation ;

2° Nausées, vomissements et œdème *sans albumine* pendant le cours de la grossesse ;

3° Hémorrhagies ;

4° Présentation vicieuses ;

5° Menaces d'avortement ou d'accouchement prématuré.

6° Rupture prématurée des membranes.

Peut-être, enfin, ne faudra-t-il pas négliger certaines anomalies du col, telles que la brièveté ; les antécédents héréditaires donnent certaines indications comme dans le cas où l'œuf est expulsé dans les premiers mois de la grossesse. La forme de cet œuf, s'il est entier, ou l'insufflation des membranes si celles-ci sont rompues, montrent la disposition de la cavité utérine.

Le traitement des symptômes que nous avons énumérés plus haut est trop connu pour que nous puissions y ajouter quelque chose ; qu'il nous soit seulement permis d'attirer l'attention sur la difficulté de la version par manœuvres externes et le peu de chances qu'on a, par ce moyen, de modifier une mauvaise présentation.

En cas de présentation transversale on devra tenter la version par manœuvres externes, mais sans trop compter sur un succès, car la version pourra être empêchée par un épéron, une cloison, ou par l'irrégularité trop accentuée de la cavité utérine.

On devra l'essayer lentement et doucement en ayant toujours présente à l'esprit la possibilité d'un amincissement de la paroi utérine au niveau de l'insertion placentaire et une rupture possible de l'utérus à ce niveau avec ses terribles conséquences bien qu'aucune observation de ce genre n'ait été encore enregistrée.

Si elle réussit, on devra chercher à garder le résultat obtenu par l'application immédiate de la ceinture ; mais là encore il ne faudrait pas trop, croyons-nous, affirmer qu'on retrouvera toujours le fœtus en bonne présentation au moment du travail. Nous avons cité dans nos observations un cas de récédive de présentation de l'épaule malgré la version et la ceinture.

Au début du travail, si le diagnostic est nettement posé, cesera pour l'accoucheur l'obligation de ne plus quitter la parturiente, et faire part à la famille du pronostic.

Il est en effet redoutable pour la mère et pour l'enfant ; pour l'enfant surtout qui, une fois sur cinq, naît en état de mort apparente et ne peut être ranimé.

Chez la multipare à palper négatif, en plus des signes indiqués pour la primipare, nous aurons, avant le début même du travail, à rechercher les anomalies des accouchements antérieurs pouvant mettre sur la voie du diagnostic. Le travail commencé, nous aurons à penser et à parer à toutes les complications énumérées dans notre chapitre de l'accouchement.

1° Rechercher si la présentation n'est pas vicieuse et tenter de la modifier si c'est une épaule, par la version externe. L'observation 40 nous a montré que 9 accouchements antérieurs auront pu avoir une présentation normale ; l'observation 41 au contraire qu'au troisième accouchement, la parturiente avait pour la troisième fois une mauvaise présentation. Si la version par manœuvres externes ne réussit pas, ce qui est à craindre, ce sera la version par manœuvres internes.

2° L'insertion si fréquente du placenta au segment

inférieur pourra donner lieu à des hémorrhagies ; l'accoucheur sera prêt à y remédier par la rupture artificielle des membranes ; en pratiquant cette large déchirure, il remplira encore un autre but, l'accélération du travail ; il évitera, peut-être aussi, par ce moyen, la rupture de l'utérus, auquel son amincissement au foyer placentaire ne saurait permettre de supporter longtemps de fortes pressions. Mais il ne devra pas oublier non plus, qu'au dernier moment les contractions pourront faiblir. Il lui faudra alors penser à une application de forceps.

Pour cette même raison d'insuffisance du muscle utérin, parce que, aussi, membranes et cotylédons ont pu rester partiellement adhérents il aura à lutter contre l'hémorrhagie, et à pratiquer la délivrance artificielle avec toutes les précautions aseptiques et antiseptiques voulues.

Aussi bien, il ne faut pas l'oublier, c'est seulement lors de cette dernière manœuvre, pour remédier à l'hémorrhagie, que dans certains cas, et en l'absence de tout symptôme antérieur, l'accoucheur pourra diagnostiquer la malformation.

Vu par le Président de la thèse

PINARD.

Vu : le doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer

Le vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- SCHROEDER. — Manuel d'accouchements, p. 349. Bulletin de la Faculté de médecine, 12 juin 1817, vol. VI, p. 437.
- TESTUT. — Anatomie descriptive. Tome III.
- HERTWIG. — Traité d'embryologie.
- DOHRN. — Ueber die Garsuerschen banale beine Weibe. — Arch. gynékologie. Tome XXI, année 1883.
- TOURNEUR et LEGAY. — Mémoire sur le développement de l'utérus et du vagin.
- TARNIER. — Clinique obstétricale, 1895, sur les utérus doubles.
- LOUIS WINTZ. — Thèse, 1878. Paris.
- JULIEN PICOT. — Thèse, 1891. Paris.
- LUC THIBAUT. — Malformations utérines, 1893.
- SCHROEDER. — Maladies des organes génitaux de la femme, page 39.
- SQUARREY. — London obst. Vol. XIV, p. 212.
- BAGARD. — Observation anatomique sur une double matrice. Nancy, 1752.

